|  |  |
| --- | --- |
| Brukarens **initialer** (ej hela namnet) | Arbetsordernummer |
| Kontaktperson namn (ansvarig för larm) i hemmet | Telefon/E-post kontaktperson |
| Förskrivare namn | Telefon/E-post förskrivare |
| Arbetsställe förskrivare |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Typ av anfall | |
| Generaliserande toniskt/kloniska anfall  Annat? (hur ter sig anfallen och vilka  kroppsdelar är involverade?) | **Vilken tid på dygnet? Frekvens?**  Dagtid Hur länge?  Nattetid Hur ofta?  Över hela dygnet |

|  |
| --- |
| Typ av larm |
| Rörelselarm/skaklarm i säng  Ljudlarm i säng  Fukt-Väta i säng  Rörelselarm kroppsburen (inomhus, brukarvikt min 40 kg)  Annatvad?  I det fall larmet behövs för att snabbt medicinera, är det acceptabelt med en fördröjning på 13 sek. innan larmet går iväg? Ja Nej  Brukarvikt (nödvändigt att veta vid installationen) |

|  |
| --- |
| Typ av boende  Ordinärt boende, vem tar emot larmet?  Särskilt boende, vem tar emot larmet?  Annat vad?  -----------------------------------  Vid särskilt boende, ska larmet kopplas till ett befintligt larmsystem? Ja Nej  Boendets larmleverantör?  Namn och telefon till larmansvarig på boendet: |

|  |
| --- |
| Mottagare  Hur långt ifrån brukaren kommer den som ska ta emot larmet att befinna sig (t.ex. inom en lägenhet på xx m2, i en 2-plansvillaeller i en annan lägenhet på samma våningsplan)? |

|  |
| --- |
| **Övrigt**  (T.ex. om brukaren har andra funktionsnedsättningar eller annat av vikt vid installation) |